

14.09 Seguridad del paciente y gestión del riesgo



Principios básicos sobre seguridad del paciente. Conceptos, herramientas y recursos para la ayuda en la mejora de la seguridad en la atención sanitaria.

Autora: Yolanda Agra Varela

Subdirectora General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad.

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Agra Varela Y. Seguridad del paciente y gestión del riesgo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 (**actualizado 2023**) [consultado día mes año]. Tema 14.9. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

La seguridad del paciente, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar iniciativas para reducir el riesgo de ocasionar daño innecesario asociado a la atención sanitaria. Los sistemas sanitarios son organizaciones de alto riesgo donde la probabilidad de que algo vaya mal y se produzcan errores involuntarios es alta.

En ocasiones los errores llegan a producir eventos adversos cuyo análisis, debe hacerse desde una aproximación sistémica,

orientada a analizar cómo y por qué han ocurrido, buscando soluciones y rediseñando el sistema, con una orientación preventiva y reparadora. Diversos estudios epidemiológicos muestran que alrededor del 10% de los pacientes ingresados en hospitales

Indice

- 1. Marco conceptual*
- 2. El movimiento por la seguridad del paciente*
- 3. Magnitud e importancia*
- 4. Gestión del riesgo*
- 5. Sistemas de notificación de incidentes de seguridad*
- 6. Prácticas seguras*
- 7. Participación de los pacientes por su seguridad*
- 8. Referencias bibliográficas*

y el 2% de los atendidos en atención primaria, sufren eventos adversos como consecuencia de la asistencia sanitaria, de los que más del 50% podrían prevenirse aplicando prácticas seguras.

La gestión del riesgo supone desarrollar acciones para controlar el riesgo asociado a la asistencia sanitaria orientadas a la identificación y análisis de los riesgos a través de herramientas estructuradas y la propuesta

de soluciones para mejorar la seguridad del paciente.

Las estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente deben contemplar el fomento de la cultura de seguridad que facilite la implicación de los profesionales en la aplicación de prácticas seguras y la participación de los pacientes y sus familiares.

1.- Marco conceptual

Los sistemas sanitarios son organizaciones complejas de alto riesgo donde la ocurrencia de errores involuntarios es frecuente.

La seguridad del paciente significa desarrollar iniciativas para reducir el riesgo de que dichos errores puedan dañar al paciente

Los incidentes que estos errores pueden ocasionar, se producen

por la combinación de fallos activos (de las personas) y fallos latentes (del sistema)

La aproximación sistémica está orientada a analizar el problema y los factores causales, buscar soluciones, rediseñar el sistema y en definitiva aprender de los errores para que no se repitan

Los sistemas sanitarios, con su compleja interacción de relaciones humanas, tecnología, condiciones de los pacientes y conocimientos disponibles son organizaciones de alto riesgo donde la ocurrencia de errores no intencionados relacionados con la asistencia sanitaria es frecuente. Estos errores son detectando y corregidos en la mayoría de las ocasiones, pero en otras, llegan a producir daños a los pacientes.

El daño asociado a la asistencia sanitaria tiene un gran impacto sobre el paciente y sus familiares (el daño puede ocasionar deterioro de la calidad de vida o incluso la muerte), sobre los profesionales sanitarios implicados (que pueden ser estigmatizados y presentar dificultades para su reinserción laboral) y sobre la organización sanitaria (aumentando los costes y la pérdida de prestigio).

Se entiende por **seguridad del paciente**, *la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.*

Aplicar los principios de la seguridad del paciente significa desarrollar iniciativas a nivel macro, meso y micro para prevenir, reducir y minimizar el daño asociado a la asistencia sanitaria. A nivel macro para incluir la seguridad del paciente en la agenda política del sistema sanitario; a nivel meso para adecuar las organizaciones sanitarias a las normas y estándares establecidos y reducir los posibles riesgos en la asistencia; y a nivel micro, para adoptar prácticas seguras y reducir así el riesgo de daño innecesario a los pacientes y usuarios y mejorar la protección a los profesionales.

Entre los términos clave utilizados en seguridad del paciente, conviene señalar los siguientes¹:

- **El riesgo** se refiere, en el campo de la seguridad del paciente, a la probabilidad de que ocurra un incidente.
- El **Incidente relacionado con la seguridad del paciente**, es el evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente. Se acepta que la atención sanitaria se asocie a cierto tipo de daño "necesario" para mantener o mejorar la salud del paciente, sin embargo, el **evento adverso**, es el incidente no intencionado que llega al paciente y le ocasiona algún tipo de daño (físico o psíquico).
- **El error** es el hecho de no llevar a cabo una acción planeada o de aplicar un plan incorrecto. Representa la diferencia entre lo que se ha hecho y lo que se debería de haber hecho. Los errores pueden ser de comisión, si se hace algo erróneo (por ejemplo: aplicar tratamientos fútiles en pacientes terminales) o de omisión, si no se hace lo correcto² (por ejemplo no poner de forma pautada tratamiento analgésico en pacientes con dolor postquirúrgico).

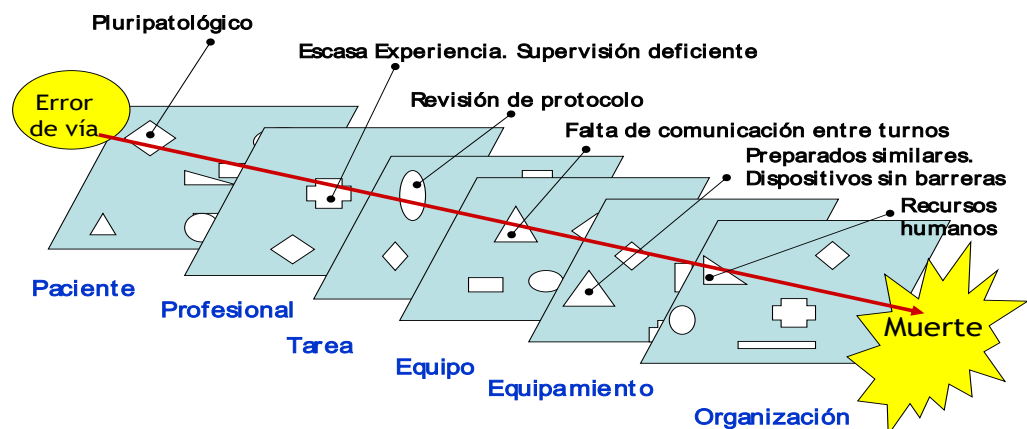
Los errores, no siempre producen daños, pero aumentan el riesgo de que se produzcan y por eso es necesario detectarlos y controlarlos. El error, no puede erradicarse por completo, pero sí pueden crearse condiciones para reducir al máximo su posible aparición. Por eso es necesario diseñar adecuadamente el lugar y las herramientas de trabajo para acomodarlas a las limitaciones del comportamiento y desempeño de los profesionales con el fin de disminuir la ocurrencia de errores y sus consecuencias.

A la hora de analizar errores, existen dos aproximaciones contrapuestas: centrarse en la persona (buscando un culpable) o centrarse en el sistema (el ser humano comete errores que pueden derivar en daño por un mal sistema).

Cuando se analiza el error desde el punto de vista sistémico, se trata de mejorar las condiciones en las que trabajan los humanos y preguntar cómo y por qué fallaron las defensas del sistema en lugar de preguntar quién fue el culpable. Esta aproximación sistémica, que está adaptada de las industrias de alto riesgo, trata de crear defensas para evitar o minimizar el daño ocasionado por los errores. Siguiendo el modelo de Reason, las diferentes defensas o barreras del sistema (organización, formación de los profesionales, tecnología, etc.) se representan como las lonchas de un queso suizo con sus agujeros². El evento adverso ocurre cuando los agujeros de las diferentes lonchas momentáneamente se alinean, convirtiendo el error o fallo, en daño para el paciente. Cuando un fallo humano, llamado fallo activo, encuentra alineados los agujeros que son los fallos latentes del sistema, el daño llega al paciente

En la figura 1 se muestra, adaptado del modelo de Reason, un ejemplo de evento adverso por error de vía de administración de un medicamento donde se aprecia como las defensas del sistema han fallado

Figura 1. Ejemplo de evento adverso y fallos del sistema ante un error humano



Los fallos o errores activos son actos inseguros debidos a los profesionales (déficits en la formación, supervisión, sobrecarga, etc.) y ocurren en el punto de contacto con el paciente, suelen ser de corta duración y poco predecibles. Los fallos o errores latentes, son debidos al sistema y están influenciados por la cultura de la organización. Se deben a problemas de gestión y organización. Suelen ser de larga duración, pueden identificarse y eliminarse antes de que ocasionen problemas de seguridad para el paciente.

Independientemente de las acciones legales que los afectados tomen, el que la organización culpabilice a los profesionales cuando un error se produce, conduce a estigmatizar, a ocultar los fallos por miedo a acciones disciplinarias, a impedir el aprendizaje y en definitiva a la repetición del problema. Por el contrario, la aproximación sistémica está orientada a analizar el problema y los factores causales, buscar soluciones, rediseñar el sistema y en definitiva aprender de los errores para que no se repitan. Por ejemplo: Crear sistemas de recuerdo para evitar fiarse de la memoria, revisar y simplificar los procesos, estandarizar los procedimientos rutinarios, utilizar listas de verificación, usar métodos de simulación para el aprendizaje sobre procedimientos de alto riesgo, etc.

2.- El movimiento por la seguridad del paciente

Diversas organizaciones internacionales desarrollan estrategias, programas y acciones para prevenir los eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente en el mundo.

La seguridad del paciente ha sido históricamente objeto de preocupación de los profesionales sanitarios y de la sociedad, en general³ sin embargo, su importancia fue puesta especialmente de manifiesto a partir del informe "Errar es humano"⁴ publicado en el año 1999 por el Instituto Americano de Medicina. Este

informe atrajo la atención de profesionales, gestores, políticos y del público por la seguridad del paciente al mostrar el gran impacto que los daños asociados a la asistencia sanitaria tienen para los pacientes, las organizaciones sanitarias y la sociedad. Desde entonces, la preocupación por la seguridad del paciente ha orientado las políticas de calidad de muchos países y de las principales organizaciones sanitarias internacionales que han venido desarrollando estrategias y recomendaciones para fomentar el control de los daños evitables en la práctica clínica (tabla 1).

Cabe desatacar especialmente el papel de la Organización Mundial de la Salud para promover la seguridad del paciente en el mundo a través de diferentes acciones, como los retos (o programas) que abordan riesgos importantes para los pacientes de todos los países. Ante la necesidad de aumentar la conciencia mundial sobre la seguridad del paciente como un reto de importancia creciente para la salud pública, la OMS publicó en enero de 2021, tras un amplio consenso, el **Plan de Acción Global en Seguridad del Paciente para el periodo 2020-2030** que proporciona orientación estratégica para mejorar globalmente la seguridad del paciente, a través de recomendaciones tanto a nivel político como a nivel de centro sanitario⁵. Este Plan ha sido recientemente evaluado y sus resultados se presentarán en la próxima Asamblea de la OMS en mayo de 2023.

Tabla 1. Resumen de las acciones desarrolladas por las principales organizaciones internacionales interesadas por la seguridad del paciente.

Organización	Acciones en Seguridad del Paciente
<p>OMS</p> <p>https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety</p>	<p>Retos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2005: Atención limpia es atención segura • 2008: Cirugía segura salva vidas • 2017: Medicación sin daño <p>Principales acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación internacional en seguridad del paciente • Prácticas clínicas seguras • Pacientes por la seguridad del paciente • Sistemas de notificación y aprendizaje • Series técnicas sobre seguridad del paciente • Investigación para la seguridad del paciente
<p>OCDE</p> <p>https://www.oecd.org/health/patient-safety.htm</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de calidad y seguridad del paciente • Informes sobre seguridad del paciente
<p>AHRQ</p> <p>https://www.ahrq.gov/patient-safety/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de seguridad del paciente • Cuestionarios de clima de seguridad • Herramientas para facilitar la prevención de los EA • Revisiones de prácticas clínicas seguras
<p>JC</p> <p>https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety/</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos nacionales en seguridad del paciente • Análisis y recomendaciones sobre eventos centinela • Programa de acreditación para centros sanitarios

IHI https://www.ihl.org/Topics/PatientSafety/Pages/default.aspx	<ul style="list-style-type: none"> Herramientas y recursos para la seguridad del paciente (<i>Trigger tools</i> para evaluar eventos adversos, herramientas para mejorar el liderazgo, la comunicación, etc) Cursos sobre seguridad del paciente
OPS: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55860	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud 2020-2025

OMS: Organización Mundial de la Salud; OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality. Quality and Patient Safety; JC: Joint Commission; IHI: Institute for Healthcare improvement; OPS: Organization Panamericana de la Salud; EA: Evento adverso.

Además de estas organizaciones, diversos países han desarrollado planes y programas en seguridad del Paciente. En España destaca la labor del Ministerio de Sanidad coordinando el diseño, desarrollo y evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud y su despliegue en las comunidades autónomas⁶.

3.- Magnitud e importancia.

Alrededor del 10% de las personas ingresadas en los hospitales y el 2% de las atendidas en los centros de atención primaria, sufren eventos adversos como consecuencia de la atención sanitaria.

Los factores más frecuentemente asociados a los eventos adversos están relacionados con la medicación, las infecciones, los procedimientos y la comunicación.

Los diferentes estudios epidemiológicos publicados desde los 90 sobre la frecuencia de los eventos adversos, han contribuido

de forma importante al conocimiento de su magnitud, impacto y factores asociados. Los diferentes objetivos perseguidos y la diferente metodología utilizada, en estos estudios, explican las diferencias encontradas en la frecuencia de los mismos. Haciendo una síntesis de dichos resultados, se puede decir que aproximadamente un 10% de los pacientes hospitalizados sufren eventos adversos como consecuencia de la atención hospitalaria con un rango entre 4 y 17% (entre el 8 y 12% en Europa) y alrededor de un 2% en atención primaria. Además, se estima que el 15% del gasto hospitalario se dedica a tratar pacientes que han sufrido eventos adversos como consecuencia de la atención sanitaria y que los daños en atención primaria suponen el 2,5% del gasto total en salud⁷.

En España, son varios los estudios desarrollados en el Sistema Nacional de Salud para conocer la frecuencia y el impacto de los eventos adversos en diversos ámbitos sanitarios⁸ (tabla 2).

Tabla 2. Estudios sobre frecuencia de EA en el Sistema Nacional de Salud español.

	ENEAS 2006	APEAS 2008	SYREC 2009	EARCAS 2011
Tipo de estudio	Cohortes históricas	Prevalencia	Prospectivo (Notificación)	Cualitativo
Ámbito	Hospitales (24) (n=5.624 p.)	CAP (48) (n=96047 visitas)	UCI (79) 79 UCI	HMLE (124) RES (5091) Expertos (950)
Frecuencia EA	9,3% (IC: 8,6-10,1)	11,18% (IC:10,5 - 11,8)	62% (Incidentes)	No determinable
Factores asociados	Medicamentos IRA Procedimientos	Medicamentos Empeoramiento Procedimientos IRA	Medicamentos Equipos Cuidados Catéteres	Cuidados Medicamentos IRA Valoración
% de EA prevenibles	50%	70%	60%	NO determinable

EA: Evento adverso; CAP: centros de atención primaria; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; HMLE: hospitales de media y larga estancia; RES: Residencias socio sanitarias; IRA: Infección relacionada con la atención sanitaria.

4.- Gestión del riesgo

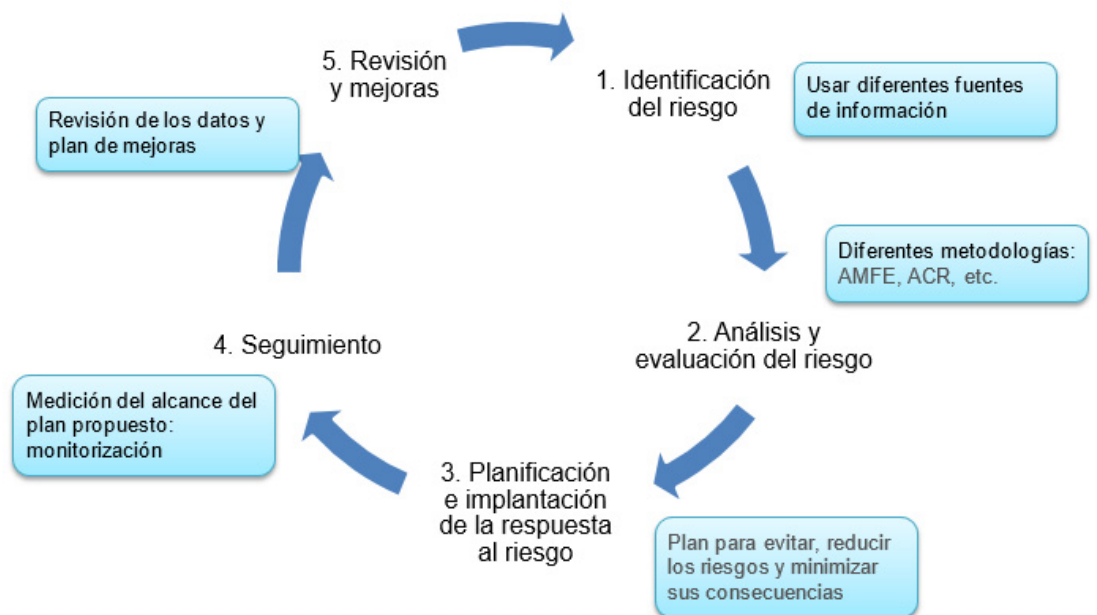
El fin de la gestión del riesgo es identificar y analizar los riesgos asociados a la asistencia sanitaria, para desarrollar planes de acción para prevenirlos y promover la seguridad del paciente.

La gestión del riesgo debe implicar a todos los profesionales y requiere la adopción de una actitud proactiva y el uso de una metodología que permita identificar problemas, analizar sus causas y desarrollar acciones que prevengan o disminuyan su repetición

Se entiende por **gestión del riesgo** en atención sanitaria a las actividades clínicas y administrativas realizadas para identificar, evaluar y reducir el riesgo de producir daño al paciente, a los profesionales, a los visitantes al centro y a la organización⁹

Las fases del proceso de gestión del riesgo se muestran en la figura 1

Figura 1. Fases de la gestión del riesgo



Los riesgos identificados se deben analizar tanto desde una perspectiva *proactiva* para poder identificar y prevenir riesgos potenciales como *reactiva* analizando los incidentes que han sucedido para que no se repitan. Las herramientas que se pueden utilizar, entre otras, son:

- El **Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)**, Es una técnica estructurada de análisis proactivo que se desarrolla antes de que se produzca el daño con el fin de analizar, re-diseñar y mejorar un proceso cuantificando y evaluando el riesgo y efectos de posibles fallos así como las causas de los mismos¹⁰.

Analiza los posibles riesgos, asignándoles prioridad y permitiendo actuar preventivamente sobre cada uno de ellos. Para ello calcula el índice de importancia para cada riesgo a través de la probabilidad de que ocurra, el impacto o la gravedad y la probabilidad de ser detectado

- El **Análisis Causa Raíz**¹⁰, Es una técnica de análisis reactivo, que sirve para analizar de forma sistemática las causas subyacentes que han ocasionado un evento adverso. Su objetivo es aprender de los EA para que no vuelvan a repetirse.

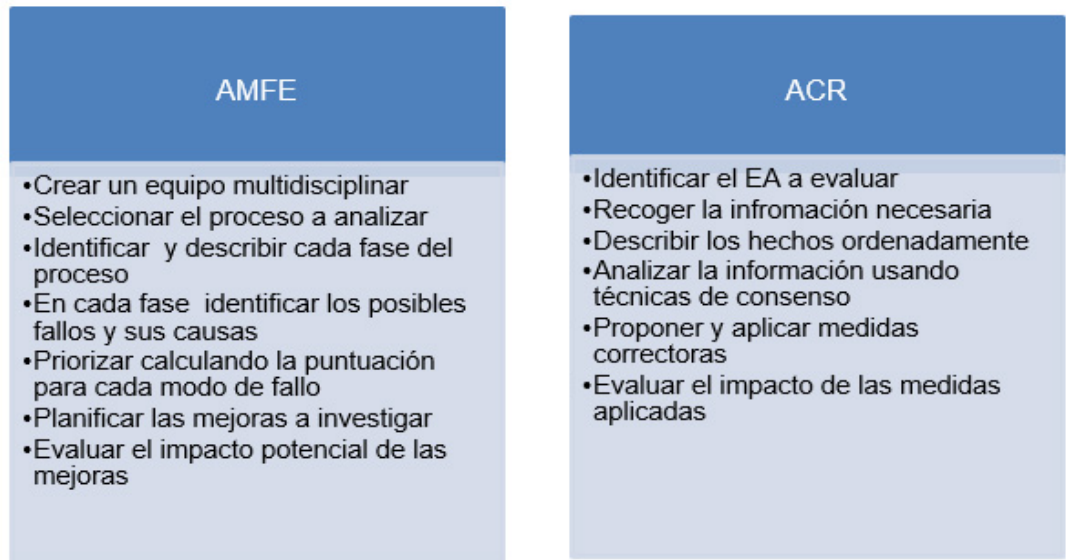
En la tabla 3 se describen las diferencias entre AMFE y ACR y en la figura 2 las distintas fases del AMFE y del ACR

Tabla 3. Diferentes aproximaciones del AMFE y del ACR

Análisis Modal de Fallos y Efectos	Análisis Causa Raíz
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué fallos pueden ocurrir? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué ha pasado?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué pueden ocurrir? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo ha pasado?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué consecuencias tendrían si ocurrieran? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué ha pasado?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las acciones prioritarias para prevenir o minimizar dichos fallos? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué podemos hacer para que no vuelva a pasar?

Hacer partícipe a la organización de los resultados alcanzados y las lecciones aprendidas permite reforzar la cultura de seguridad.

Figura 2. Fases para el desarrollo del AMFE y del ACR



5.- Sistemas de notificación de incidentes de seguridad

El objetivo prioritario de los sistemas de notificación de incidentes, es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los errores para que no se repitan.

La principal limitación de los sistemas de notificación es la infra notificación que en general es debida a falta de conciencia sobre la ocurrencia de errores, falta de información y formación del beneficio de estos sistemas, falta de tiempo, miedo a represalias, escasa cultura de la organización y falta de retroalimentación de la información analizada.

Un sistema de notificación de incidentes de seguridad es aquel que requiere de la recolección de datos y análisis sobre todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria en los que ha habido una circunstancia inesperada que podría haber causado o ha causado un daño innecesario al paciente, para evitar su repetición a través del aprendizaje.

Las principales características que deberían tener los sistemas de notificación son:

- **Voluntario.** Fomentando la participación en un ambiente organizativo donde prime la cultura de seguridad y el aprendizaje. Los sistemas obligatorios no aseguran la notificación en condiciones adversas de trabajo.
- **No punitivo.** Los profesionales que notifican deben estar libres de represalias como consecuencia de la notificación.
- **Confidencial:** Los datos relacionados con el incidente notificado (del notificador, paciente e institución) no se revelan a terceras partes.
- **Anónimo o con datos anonimizados** para impedir la identificación de los datos del profesional y paciente por terceros
- **Independiente.** El sistema debe ser independiente de cualquier autoridad con poder para castigar al notificador o a la organización.
- **Orientación sistémica.** Las mejoras han de ir orientadas al sistema más que a las personas
- **Análisis por expertos.** El análisis del incidente debe realizarse en el seno de equipos multidisciplinares formados por profesionales entrenados.
- **Envío de informes y recomendaciones** a los interesados en tiempo adecuado. Este aspecto es muy importante para no desmotivar a los profesionales.

La implementación de un sistema de notificación requiere

- Compromiso de los líderes de la organización para implantar un sistema de notificación
- Planificación. Selección de la herramienta a utilizar, identificación de responsables y definición de funciones,

circuito de información y canales de comunicación entre los profesionales

- Formación de responsables y profesionales en conceptos básicos sobre seguridad del paciente y utilización de la herramienta seleccionada.
- Análisis y gestión de las notificaciones. Se realizará Análisis Causa Raíz en los incidentes que causen grave daño al paciente o aquellos que presenten alto riesgo de causar daño
- Planes de mejora. El análisis debe facilitar la propuesta e implantación de las mejoras para que no se repitan los incidentes
- Información en tiempo de los resultados a los profesionales y a la organización a través de informes, boletines, reuniones específicas, etc.

La falta de cultura de seguridad y compromiso de los líderes de la organización, el retraso en la comunicación y gestión de los incidentes, condicionan el éxito de estos sistemas que internacionalmente son recomendados como un elemento fundamental para la mejora de la seguridad del paciente.

En España, el Ministerio de Sanidad promueve es sistema de notificación SiNASP¹¹.

6.- Prácticas seguras

Las practicas seguras son intervenciones basadas en la evidencia, orientadas a prevenir y controlar el daño asociado a la asistencia sanitaria

Su implantación se facilita aplicando estrategias multimodales que a través de diferentes aproximaciones modifiquen el comportamiento de los profesionales para mejorar la seguridad de la práctica clínica

Su éxito depende del liderazgo y compromiso explícitos de los líderes y profesionales y de la adaptación a la particularidad de cada ámbito de aplicación

Desde la publicación del informe *Errar es Humano*, diversas organizaciones y agencias estatales, comenzando con la AHRQ, han venido trabajando con sus grupos de expertos en la identificación de prácticas seguras y la revisión de su evidencia, con el fin de establecer recomendaciones para su implantación y prevenir la ocurrencia de incidentes asociados a la asistencia sanitaria.

Se entiende por práctica segura a las intervenciones desarrolladas para prevenir o mitigar incidentes relacionados con la atención sanitaria y mejorar la seguridad del paciente. Estas prácticas seguras pueden incluir intervenciones clínicas, intervenciones en la organización del sistema y en el comportamiento, o varias combinaciones de éstas¹².

En la tabla 5, se describe un resumen de las principales iniciativas desarrolladas a nivel internacional para identificar y establecer recomendaciones sobre prácticas seguras.

Organización	Iniciativas
AHRQ: https://www.ahrq.gov/research/findings/making-healthcare-safer/index.html	Informes de revisión: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Health Care Safer I: A Critical Analysis of Patient Safety Practices</i>: Revisión de las prácticas hasta entonces existentes • <i>Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices</i>: Se priorizan 10 prácticas altamente recomendadas relacionados con el uso de los medicamentos, la prevención de la infección nosocomial, la seguridad quirúrgica y la seguridad en los cuidados • <i>Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices</i>

<p>OMS: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reto <i>Atención limpia es atención segura</i>: su objetivo es prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Uno de los componentes clave de este reto es la campaña de higiene de las manos “Salve vidas: límpiese las manos” que se celebra cada 5 de mayo difundiendo mensajes y herramientas para promover la adherencia a la adecuada higiene de las manos • Reto: <i>Cirugía segura salva vidas</i>: su objetivo es prevenir los eventos adversos relacionados con la cirugía promoviendo practicas seguras en la prevención de la infección en el sitio quirúrgico, uso seguro de la anestesia, medicamentos y equipos y la aplicación del protocolo universal (paciente, lugar y procedimiento correcto) • Reto: <i>Medicación sin daño</i>: su objetivo es reducir los errores de medicación en el mundo, centrándose en tres áreas de acción clave: las situaciones de alto riesgo, la polifarmacia y las transiciones asistenciales
<p>JC: https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Objetivos nacionales en seguridad del paciente</i>: recomendaciones para aplicar en diferentes ámbitos asistenciales para mejorar: <ul style="list-style-type: none"> - La correcta identificación de los pacientes - La comunicación efectiva entre profesionales - La seguridad en el uso de los medicamentos - La prevención de las infecciones evitables - La conciliación de la medicación durante el traspaso de los pacientes - La prevención del riesgo de caídas

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality; OMS: Organización Mundial de la Salud; JC: Joint Commission

A nivel de la Unión Europea merece la pena señalar:

- La acción conjunta European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ), en cuyo marco se seleccionaron en base a criterios explícitos de calidad y transferibilidad, prácticas seguras identificadas por los países participantes¹³.
- La Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ofrece una base de datos sobre buenas prácticas en seguridad del paciente, seleccionadas en base a la evidencia su efectividad para favorecer su difusión e implantación¹⁴.
- En el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud español se desarrollan diferentes programas y acciones para favorecer la implementación de las prácticas clínicas seguras internacionalmente recomendadas¹⁵.

7.- Participación de los pacientes

La participación activa de los pacientes durante su viaje por la asistencia sanitaria tiene efectos positivos en la calidad y seguridad de su atención, ya que juegan un papel fundamental en la prevención y minimización de los eventos adversos.

El concepto de participación de los pacientes se utiliza alternativamente con otros términos como son: colaboración, implicación, cuidados centrados en el paciente o empoderamiento. Podemos entender por *participación de los pacientes en seguridad* como las acciones que los pacientes llevan a cabo para reducir la probabilidad de ocurrencia de errores en el sistema y la mitigación de los mismos cuando ocurren¹⁶.

Diferentes expertos han señalado el importante papel que

los pacientes y sus familiares pueden tener en la prevención de incidentes lo que ha motivado el desarrollo de diferentes intervenciones para promover la participación de los pacientes y sus familias en pro de una atención más segura¹⁷. El liderazgo en la implicación de los pacientes por su seguridad lo ha tomado la OMS con el programa "Los pacientes por la seguridad del paciente", iniciado en el año 2005. Este programa tiene como objetivo mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria a nivel mundial a través de la implicación activa de los pacientes y consumidores¹⁸.

A pesar de estas iniciativas la participación activa de los pacientes por su seguridad está lejos de ser una realidad señalándose como barreras principales, la falta de formación específica de los pacientes y la dificultad de los profesionales para delegar poder en los pacientes.

Las propuestas para mejorar la participación de los pacientes se pueden resumir en:

- Formar y apoyar a los profesionales, como paso previo a la implicación y empoderamiento de los pacientes.
- Promover estrategias para informar y formar a los pacientes y ciudadanos en la seguridad de sus cuidados.
- Desarrollar una política de "organización abierta" que permita informar y apoyar adecuadamente a pacientes y familiares cuando un incidente puede provocar o haya provocado un daño
- Favorecer la participación de los pacientes y ciudadanos como asesores y colaboradores en la planificación de las políticas de seguridad.
- Tener en cuenta la diversidad social, cultural y lingüística a la hora de desarrollar acciones que promuevan la participación de los pacientes.

Los pacientes y sus familiares pueden tener un papel importante en la prevención de los eventos adversos, sin embargo, no puede hacerseles responsables de su seguridad. Su participación debe ser facilitada por la organización sanitaria y por los profesionales que deben respetar su voluntad de implicación.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. *Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe técnico definitivo [Internet]. Ginebra: WHO, 2009 [Consultado 24 enero 2023]. Disponible en: https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/09/icps_full_report_es.pdf*
2. Reason J. *El error humano. Modus Laborandi S.L: Madrid; 2009*
3. Aranaz JM, Agra Y. *La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin (Barc) 2010;135(Supl 1):1-2.*
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson. *Institute of Medicine. To Err Is Human. Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 1999.*
5. World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2020-2030. Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. Third Draft. January 2021. [Internet] Geneva: 2021. [Cited 2023 February 4] Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>*
6. *Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. [Internet] Madrid: 2016 [Consultado 2 febrero 2023] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>*
7. *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Patient safety. [Internet] [Cited 2023 February 2] Available from: <https://www.oecd.org/health/patient-safety.htm>*

8. *Ministerio de Sanidad. Seguridad del Paciente. Estudios epidemiológicos. [Internet]. [Consultado 4 febrero 2023]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/>*
9. *La seguridad del paciente en siete pasos. Agencia Nacional para la seguridad del paciente del Reino Unido. Traducción al español: Ministerio de Sanidad, 2005. [Internet]. [Consultado 4 febrero 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf*
10. *Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety Tools. [Internet] [Cited 2023 February 2] Available from: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/default.aspx>*
11. *Ministerio de Sanidad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). [Internet] [Consultado 2 febrero 2023] Disponible en: <https://sinasp.es/>*
12. *Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43 (Prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013), AHRQ Publication No. 01-E058 [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2001. [Cited 2023 January 24 2023]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26966/>*
13. *Ministerio de Sanidad. Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial, (PaSQ Joint Action). [Internet]. [Consultado 3 enero 2023] Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/pasq/>*
14. *AGENAS. Il database delle buone pratiche. Ministero della Salute, Italia. [Internet]. [Consultado 3 enero 2023] Disponible en: <http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>*

15. *Ministerio de Sanidad. Seguridad del Paciente. 2022. [Internet] [Consultado 20 enero 2023]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>*
16. *Añel-Rodríguez RM, Aibar Remón C, Martín-Rodríguez MD. La participación del paciente en su seguridad. Atención Primaria. Volume 53, Supplement 1, December 2021, 102215. [Internet]. [Consultado 3 enero 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002493?via%3Dihub>*
17. *Agency for Healthcare Research and Quality. PSNet. Patient Engagement and Safety. [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 7, 2019. [Cited 2023 January 24 2023]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/patient-engagement-and-safety>*
18. *World Health Organization. Patients for Patient Safety [Internet] Geneva: 2022. [Cited 2023 February 4]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/patients-for-patient-safety>*